CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Manejo de la Libreta Integral de Salud

La Libreta Integral de Salud (LIS) permite unificar la información de las prestaciones que reciben las **gestantes, niños y niñas menores de 5 años** en un solo documento, facilitando el monitoreo de las atenciones y controles por parte del personal de salud, familias y cuidadores.

La LIS registra información de **mujeres gestantes** como: controles prenatales, vacunación, ganancia de peso, asistencia a sesiones de educativas.

A los niños y niñas se registran datos del recién nacido, controles de crecimiento y desarrollo, curvas de crecimiento, tamizaje, vacunación, entre otros..

Manejo de la Libreta Integral de Salud

La LIS debe ser entregada en la primera consulta de gestantes y niñas/niños menores de 5 años (que no dispongan de la LIS).

No reemplazar las LIS de niñas/os (menores de 5 años) de la versión anterior, salvo que estas se encuentren en mal estado o se hayan extraviado.

En caso de embarazos múltiples, se entregará una LIS para el control de la gestación y las LIS adicionales deben ser entregadas posterior al parto.

La programación de consultas o exámenes subsecuentes se lo realizará con lápiz.

Todos los ítems de la LIS deben procurar estar completos con la información indicada según corresponda

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Componentes
-Embarazada
-Niña/niño menor de 5 años de edad

Usuarios/as
-Gestantes
-Madres/padres/familia/cuidadores de niñas/niños menores de 5 años.
-Personal de la salud del SNS que utiliza la LIS para atención de la gestante y de niñas/niños menores de 5 años.

La LIS es un **documento legal** de uso e información de la gestante, de la madre, padre, familiar o cuidador/es de él/la/los/las niña/s/niño/s menores de 5 años y del personal de la salud del SNS, quienes serán responsables de resguardar la información contenida en este documento.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Consideraciones Generales

Considerar que algunas secciones de la LIS deberán ser llenadas con la respuesta de la/el usuaria/o.

Los responsables del correcto llenado de la LIS es el personal de la salud

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Consideraciones Generales

Calendario de prestaciones de salud

Durante el embarazo

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de recibir las prestaciones de salud según la semana

Semana de gestación

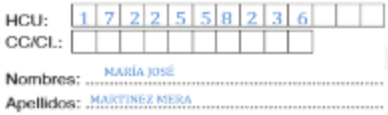
Nro.	Prestación	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Captación en el primer trimestre	Primer control								
2	Control prenatal*									
3	Consejería									
4	Sesiones de educación prenatal									
5	Ecos obstétricos									

Contiene apartados que son informativos en los cuales no se requiere realizar apuntes

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Consideraciones Generales

Puede requerir información de manera numérica o escrita



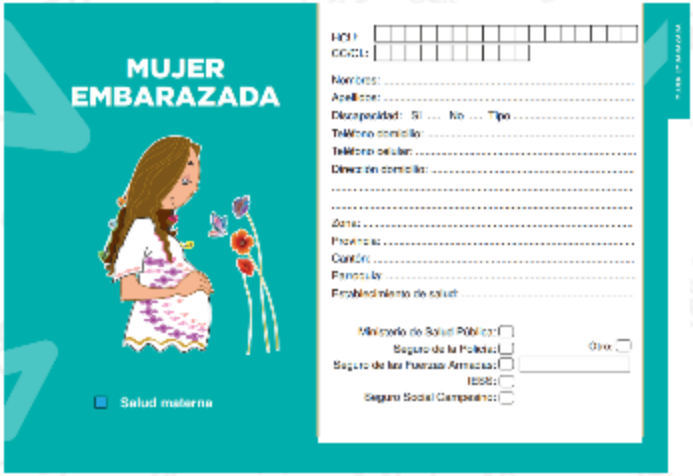
El formato para llenar fechas, se lo realizará en el orden de día, mes y año.

Fecha de atención		
Día	Mes	Año
23	10	2023

Algunos datos pueden requerir ser marcados en casilleros o círculos, mismos que pueden estar coloreados o no

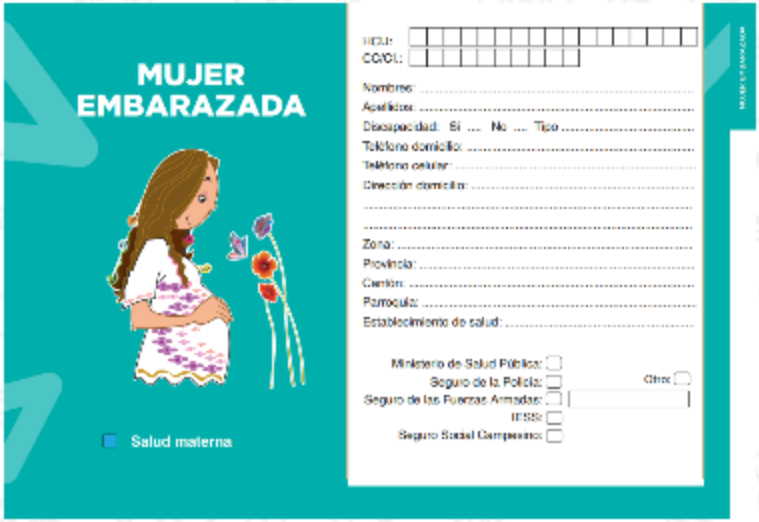
Manejo de la Libreta Integral de Salud

Al igual que la madre y el niño existe la sección de llenado de datos personales



Manejo de la Libreta Integral de Salud

Componente Mujer Embarazada



Manejo de la Libreta Integral de Salud

Calendario de Prestaciones de Salud

Semana de gestación

Nro.	Prestación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
1	Captación en el primer trimestre	Primer control																																								
2	Control prenatal*													Control					Control			Control				Control				Control				Control				Control				
3	Consejería																																									
4	Sesiones de educación prenatal																																									
5	Tres obstétricas (al menos 3)																																									
6	Prescripción de hierro más ácido fólico																																									
7	Examen de proteinuria																																									
8	Examen de laboratorio EMO - urocultivo**																																									
9	Pruebas de TORCH***																																									
10	Valoración de hemoglobina																																									
11	Vacuna dT****																																									
12	Tamizaje de VIH																																									
13	Examen VDLR (Sífilis)																																									

*Ideal un control prenatal mensual y mínimo 5 controles durante el embarazo (1.° en las primeras 20 semanas; 2.° entre las semanas 21-27; 3.° entre las semanas 28-33; 4.° entre las semanas 34-37; 5.° entre las semanas 38-40), o según prescripción del profesional en casos de riesgo materno neonatal.

**Trimestral si hay historia de ITU recurrente y/o cuadro clínico de ITU.

***Toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH.

****Evaluar antecedente vacunal. No aplicar más de 5 dosis. 1. dosis al contacto, 2. dosis al mes, 3. a los 6 meses, 4. al año y 5. al año.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno - infantil

del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI Plus)

Periodo de embarazo	Tamizaje	*VIH	**Sífilis	***Hepatitis B	****Enfermedad de Chagas
Primer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Segundo trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Tercer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Parto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Posparto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				

*Realizar un tamizaje en cada trimestre del embarazo, en el momento del parto y uno en el posparto.

**Realizar un tamizaje en la primera consulta del control prenatal, uno en el segundo trimestre, idealmente, antes de las 24 semanas y otro en el momento del parto o puerperio previo al alta.

***Realizar un tamizaje para hepatitis B en el primer trimestre, uno a la semana 20 de gestación y uno en el momento del parto.

****Chagas en la primera consulta o incluso en el momento del parto, previamente analizando la historia de exposición de la paciente: reside en zona o área de riesgo de transmisión, madre con infección por tripanozoma cruzi, transfusiones de sangre y manifestaciones clínicas.

Aplicar consentimiento de información y confidencialidad de la información

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Controles

Prenatales

Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

Posparto

Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

NOTA: En cada control debe registrarse la fecha de la próxima consulta.

Esquema de vacunación para embarazadas

Tipo de vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
		Día	Mes	Año					
Toxoide diftérico tetánico(dT)*	1.ª dosis								
	2.ª dosis								
	3.ª dosis								
	4.ª dosis								
	5.ª dosis								

Otras Vacunas

Tipo de vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
		Día	Mes	Año					

*La madre debe mencionar las dosis de vacunación de embarazos previos (llevar el carnet). Aplicar siempre y cuando no exista evidencia de vacunación anterior (pentavalente, DPT y dT) o completar esquema.

-Evaluar antecedente de vacunas.

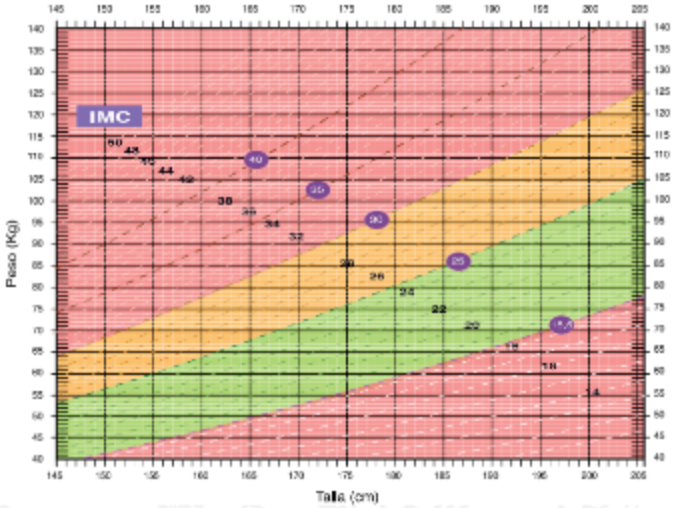
Primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29

-Aplicar control subsecuente con la fecha de atención

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Curva de valoración del Índice de Masa Corporal (IMC)

preconcepcional o del primer trimestre



IMC< 18,5 Bajo peso: ganancia de peso debe ser entre 12,5 a 18 kg

IMC 18,5 – 24,9 Normo peso: ganancia de peso debe ser entre 11,5 a 16 kg

IMC 25 – 29 Sobrepeso: ganancia de peso debe ser entre 7 a 11,5 kg

IMC > 30 Obesidad: ganancia de peso debe ser entre 5 a 9 kg

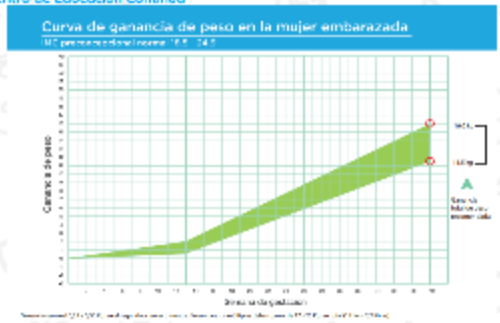
Índice de Masa Corporal

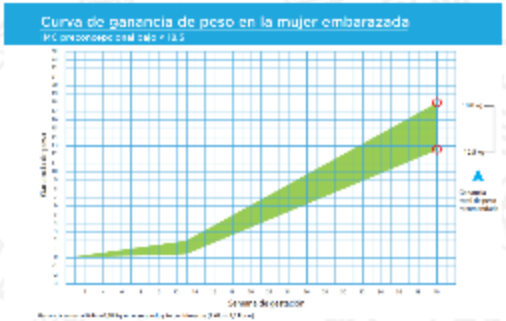
$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

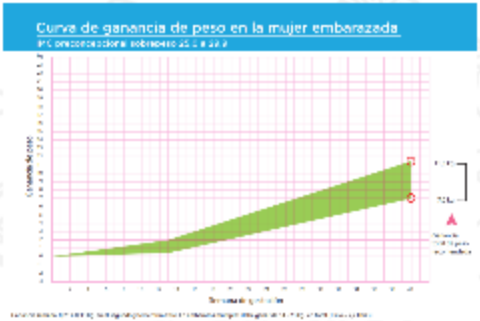
Manejo de la Libreta Integral de Salud

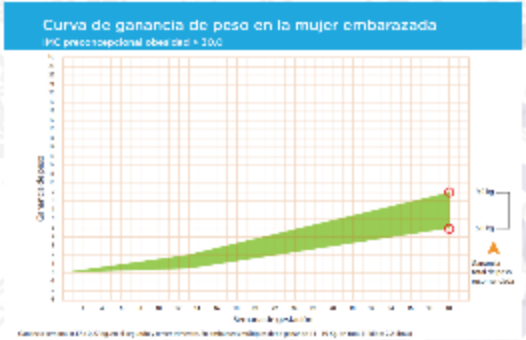
CECOPRI
Centro de Educación Continua

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior









Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 7

Recomendaciones para un embarazo saludable

Por su bienestar y el de su hijo o hija, acuda al primer control de salud apenas confirme su embarazo, de manera ideal antes de las 12 semanas (3 meses) y preferiblemente en compañía de su pareja o persona de su confianza.

Acuda al control prenatal una vez al mes o como se lo indique el profesional de la salud. Debe cumplir por lo menos con 5 controles durante su embarazo.

Durante su embarazo, le solicitarán varios exámenes clínicos para detectar posibles problemas que puedan afectar su salud y la de su hijo o hija. Recuerde hacérselos puntualmente.

Es su derecho recibir las prestaciones de salud detalladas en el calendario de las páginas 4 - 5 - 6.

No olvide realizarse las pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas para prevenir problemas de salud en su hijo o hija.

Recuerde: Llevar siempre esta libreta de salud a todos sus controles prenatales y en el momento del parto. Cuídela y consérvela en un lugar seguro.

Sección 8

Alimentación saludable durante el embarazo

Consuma todos los días alimentos como: huevo, pollo, res, cerdo, pescado, vísceras o similares. Puede reemplazarlos combinando un cereal con una leguminosa (granos), por ejemplo: arroz con lenteja, tostado con chochos, etc.

Prefiera vegetales de diferentes colores y fruta al natural en lugar de jugos.

Aliméntese, diariamente, con algún tipo de lácteo: leche pasteurizada, queso bajo en sal o yogur natural.

Beba agua hervida, aproximadamente 8 vasos al día. Evite gaseosas, bebidas energizantes y azucaradas.

Evite alimentos procesados (enlatados, empaquetados, conservas).

Consuma 5 comidas al día: 3 principales (desayuno, almuerzo, merienda) y 2 refrigerios (a media mañana y a media tarde).

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051

Formas de recolección de datos

En algunas secciones hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo.	Dirección Domicilio: Av. 5 de Junio y Gral. Miller
Otros secciones son de forma rectangular y solo admite números.	Edad (años) 2 0
Correcto llenado	⊗
Cuando los datos registrados son marcados en el circulo amarillo, se considerará los mismos como un signo de alerta	
Evitar otro tipo de llenado, por ejemplo:	

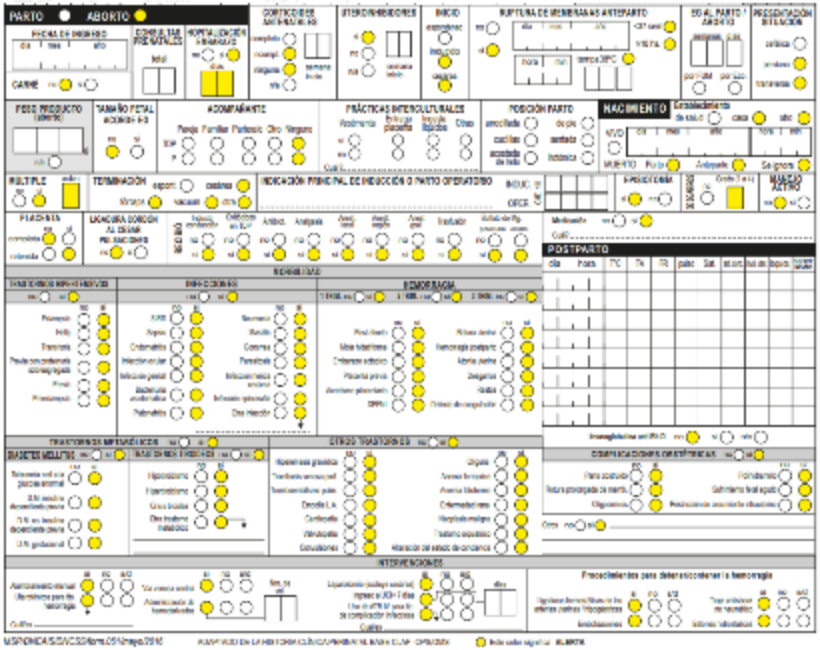
Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051

Sección: Antecedentes familiares, personales y Sección: Antecedentes familiares, personales y obstétricos
Sección: Gestación actual
Sección: Sección: Parto / Aborto
Sección: Morbilidad
Sección: Postparto
Sección: Morbilidad Materna Grave (NEAR Sección: Morbilidad Materna Grave (NEAR MISS)
Sección: Recién nacido
Sección: Egreso del recién nacido
Sección: Egreso materno
Sección: Anticoncepción
Sección: Detalles en Partograma

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051



Evidenciar las condiciones en las que ocurre en el parto o aborto, su manejo adecuado y las intervenciones implementadas en el caso de presentarse alguna complicación.

Registrar los datos relevantes del trabajo de parto, parto y aborto.

En caso de ABORTO se anota únicamente el Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051

POSTPARTO

día	hora	T°C	TA	FR	pulso	Sat.	est. conc.	invol. uter.	loquios	SCORE MAMA

Inmunoglobulina anti Rh D no ● si ○ n/c ○

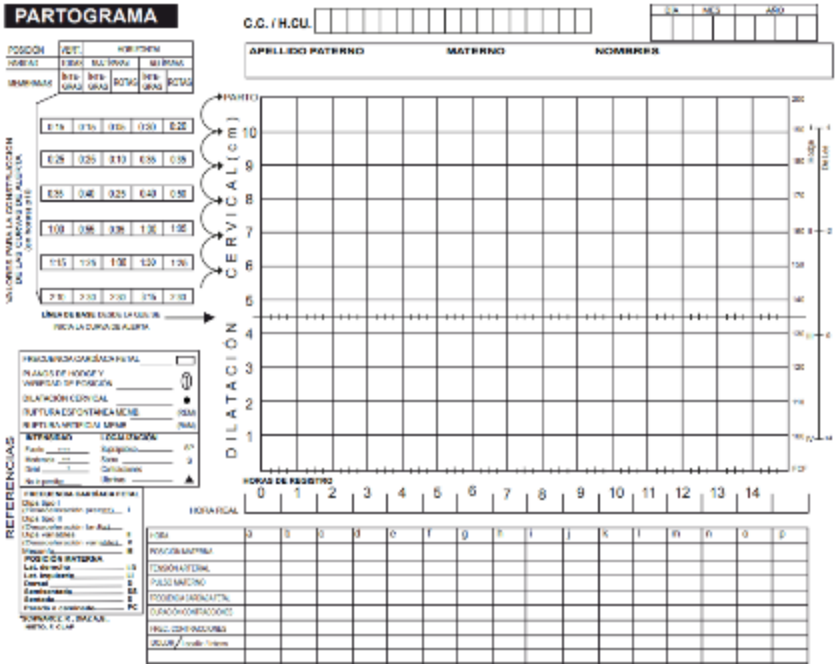
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS no ○ si ●

	no	si		no	si
Parto obstruido	○	●	Polihidramnio	○	●
Rotura prolongada de memb.	○	●	Sufrimiento fetal agudo	○	●
Oligoamnios	○	●	Restricción de crecimiento intrauterino	○	●

Esta sección está destinada al registro de los controles del puerperio. Se anotará los tres primeros controles realizados cada 15 minutos, del total de 8 controles que recomienda la norma, los demás deberán anotarse en la hoja de evolución Formulario 005, durante las dos primeras horas después del parto.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051 Reverso de la hoja

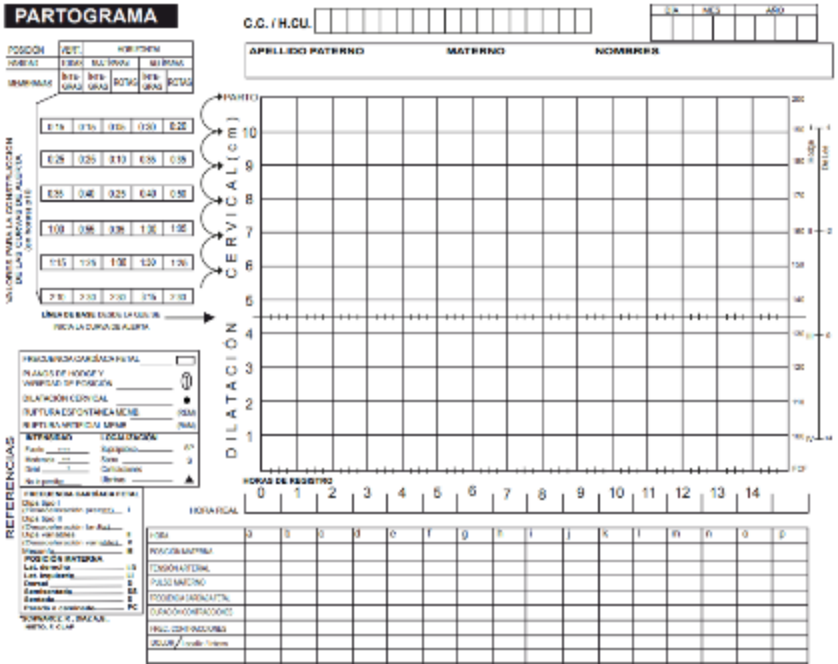


Formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto.

Las madres embarazadas de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

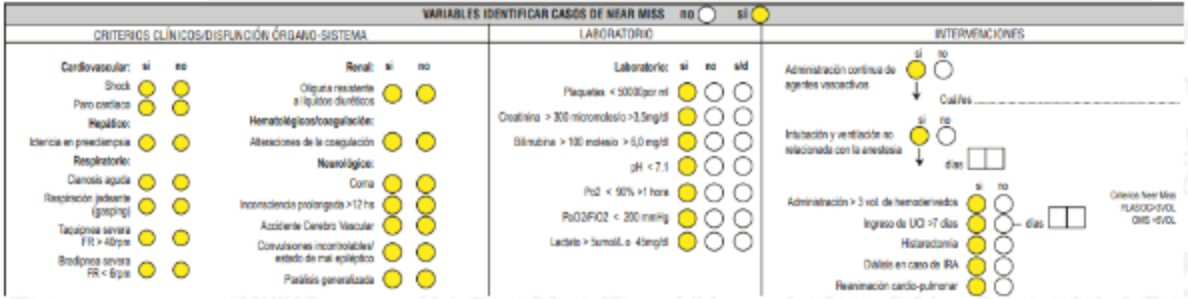
Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051 Reverso de la hoja



Es la representación grafica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación fetal en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051 Reverso de la hoja



VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no ◯ si ◯

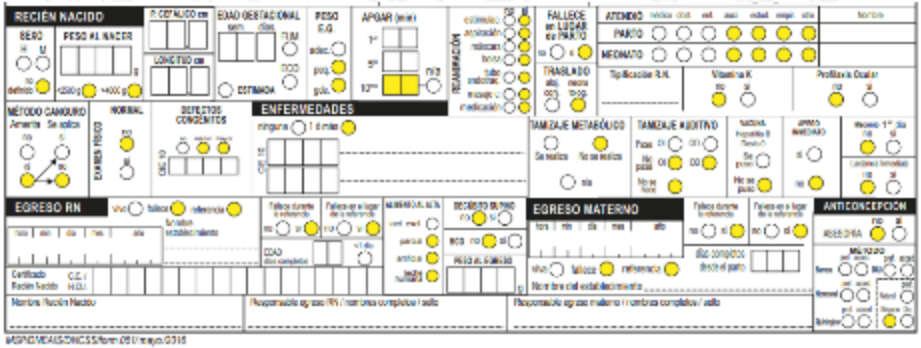
CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA						LABORATORIO				INTERVENCIONES		
Cardiovascular:	si	no	**Renal:**	si	no	**Laboratorio:**	si	no	s/d		si	no
Shock	◯	◯	Oliguria resistente a líquidos diuréticos	◯	◯	Plaquetas < 50000/por ml	◯	◯	◯	Administración continua de agentes vasoactivos	◯	◯
Paro cardiaco	◯	◯	**Hematológicos/coagulación:**			Creatinina > 300 micromoles/o >3,5mg/dl	◯	◯	◯	Cuáles		
Hepáticos:			Alteraciones de la coagulación	◯	◯	Bilirrubina > 100 moleslo >5,0 mg/dl	◯	◯	◯	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	si	no
Ictericia en preeclampsia	◯	◯	**Neurológicos:**			pH < 7.1	◯	◯	◯	días ☐☐		
Respiratorio:			Coma	◯	◯	Pc2 < 90% >1 hora	◯	◯	◯		si	no
Cianosis aguda	◯	◯	Inconsciencia prolongada >12 hs	◯	◯	PaO2/FiO2 < 200 mmHg	◯	◯	◯	Administración > 3 vol. de hemoderivados	◯	◯
Respiración jadeante (gasping)	◯	◯	Accidente Cerebro Vascular	◯	◯	Lactato > 5mmol/L o 45mg/dl	◯	◯	◯	Ingreso de UCI >7 días	◯	◯ – días ☐☐
Taquipnea severa FR > 40rpm	◯	◯	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	◯	◯					Histerectomía	◯	◯
Bradipnea severa FR < 8rpm	◯	◯	Parálisis generalizada	◯	◯					Diálisis en caso de IRA	◯	◯
										Reanimación cardio-pulmonar	◯	◯

Criterios Near Miss
FLASCO>5VOL
OMS >5VOL

Morbilidad grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 13 – Información Perinatal – FORM 051 Reverso de la hoja



Evidenciar las condiciones del recién nacido, el manejo adecuado en los primeros minutos de vida y las intervenciones implementadas de prevención, así como el tratamiento de las complicaciones.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 14

Métodos anticonceptivos

Pastillas anticonceptivas
Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se toma una tableta diaria durante 21 o 28 días, dependiendo de la presentación. Es importante tomarla a la misma hora todos los días.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Inyecciones anticonceptivas
Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Según el tipo de inyección se aplica mensual o trimestralmente.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

T de cobre
Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca dentro de la cavidad uterina por personal calificado, puede durar de 5 a 10 años.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Condón masculino y femenino
Es un método que brinda doble protección.
Uso: Hombres y mujeres. A más de prevenir un embarazo, protege de infecciones de transmisión sexual.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Implante subdérmico
Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca bajo la piel del brazo una o dos tirillas que libera, permanentemente, una hormona por un periodo de 3 a 5 años.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Ligadura de trompas
Uso: Mujeres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo.
No afecta el deseo sexual. Procedimiento simple y seguro.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Vasectomía
Uso: Hombres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo. No afecta el deseo sexual y es un procedimiento simple y seguro.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

Anticonceptivo oral de emergencia
Uso: Se toma de manera inmediata hasta los 5 días después de ocurrida la relación sexual sin protección o en caso de violación. Para prevenir embarazos no intencionados.
No es un método anticonceptivo regular.

Método elegido ◯ Método entregado ◯

No se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la elección de cualquier método anticonceptivo incluyendo los quirúrgicos. Recuerde considerar las recomendaciones del profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos durante los primeros seis meses si está dando de lactar. Si requiere más información comunícate a la línea gratuita y confidencial 171 opción 2.

Baja información y el método anticonceptivo más conveniente antes del alta del establecimiento de salud.

Evidenciar las condiciones del recién nacido, el manejo adecuado en los primeros minutos de vida y las intervenciones implementadas de prevención, así como el tratamiento de las complicaciones.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

SEGUNDO COMPONENTE

Sección 1

NIÑO/ NIÑA

Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU: 1 7 6 0 8 5 1 2 2 0

CGICI: 1 7 2 2 5 5 8 2 3 6

CGICI: 1 7 6 0 8 5 1 2 2 0

Nombres: Renata Priscila

Apellidos: Uvillus Martinez

Discapacidad: SI ... No X. Tipo ...

Fecha de nacimiento: 08 (Día) 05 (Mes) 2024 (Año)

Teléfono domicilio: 022497224

Teléfono celular: 0999981004

Dirección domicilio: El Porvenir De S... 135, frente al UPC de Policía, casa de 2 pisos color rojo, portón café

Nombre de la madre/padre: María José Martínez Mera ... José Uvillus

Zona: 9

Provincia: Pichincha

Cantón: Quito

Parroquia: Cotocollao

Establecimiento de salud: Hospital Pablo Arturo Suárez

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía:

Seguro de las Fuerzas Armadas:

IESS:

Seguro Social Campesino:

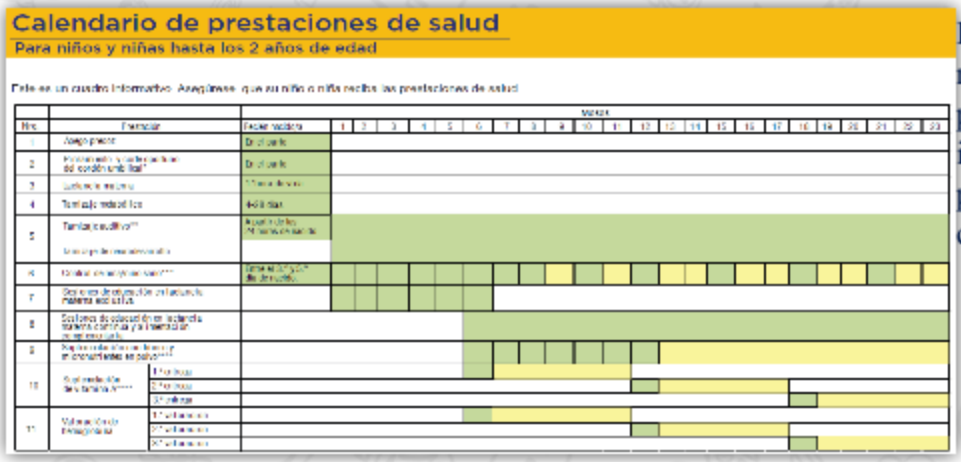
Otro:

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua

Sección 2

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior



Calendario de prestaciones de salud

Para niños y niñas hasta los 2 años de edad

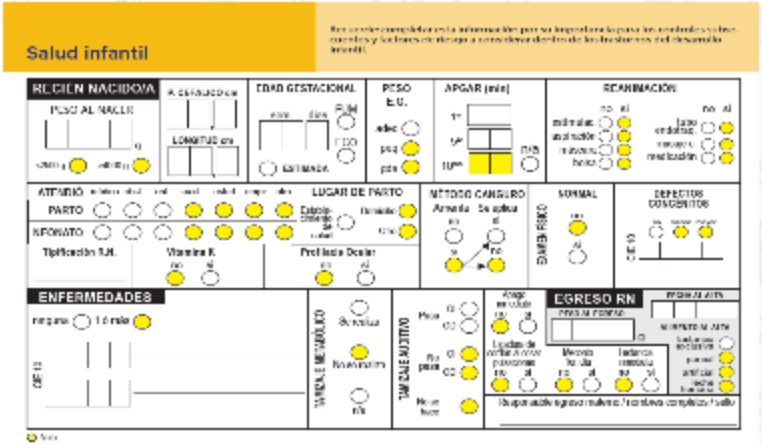
Este es un cuadro informativo. Asegúrese que su niño o niña reciba las prestaciones de salud

Nro.	Prestación		Fecha recomendada	Meses																					
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	Atención parto		Durante el parto																						
2	Prueba de tamizaje y confirmación del condicionamiento*		Durante el parto																						
3	Lactancia materna		1 hora después																						
4	Tamizaje neonatal		48-72 horas																						
5	Tamizaje auditivo**		Antes de los 1 mes de nacimiento																						
	Consejería en lactancia materna																								
6	Control en atención primaria***		Entre 48 y 72 h de nacido																						
7	Sesiones de preparación para la maternidad y paternidad																								
8	Sesiones de educación en lactancia materna con énfasis en la importancia de la lactancia																								
9	Registro de datos en libreta de salud y en el sistema de salud****																								
10	Suplementación de vitamina A*****	1 dosis																							
		2 dosis																							
		3 dosis																							
11	Vacunación Inmunización	1 vacuna																							
		2 vacuna																							
		3 vacuna																							

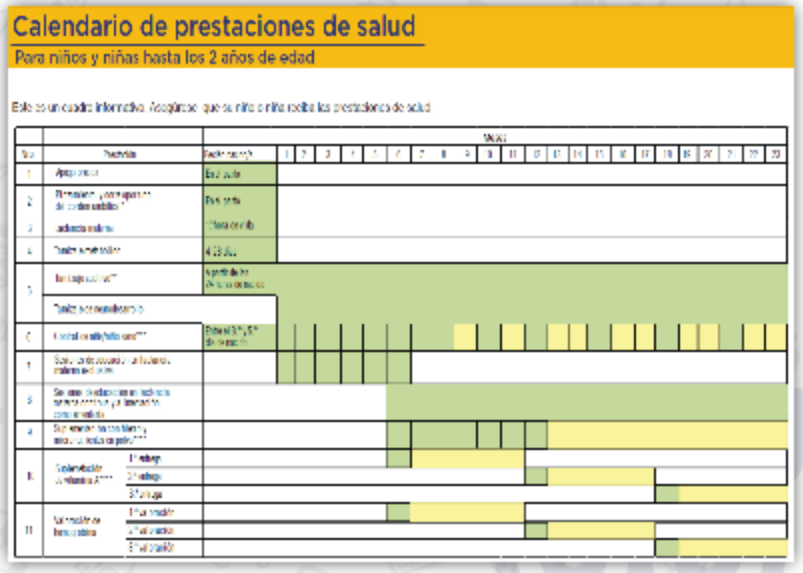
Evidenciar las condiciones del recién nacido, el manejo adecuado en los primeros minutos de vida y las intervenciones implementadas de prevención, así como el tratamiento de las complicaciones.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 2



Sección 3



Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 4

Esquema de vacunación

Para niños y niñas menores de 2 años

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de que su niño o niña reciba las vacunas oportunamente.

Meses

Nro.	Prestación		0 a 29 días	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	BCG (meningitis)	Dosis única	Primeras 24 horas																						
2	HB (hepatitis B)	Dosis única	Primeras 24 horas																						
3	Neumococo (neumonía, meningitis, otitis)	1ª dosis																							
		2ª dosis																							
		3ª dosis																							
4	Rotavirus	1ª dosis																							
		2ª dosis																							
5	Vacuna IPV (Poliomielitis)	1ª dosis																							
		2ª dosis																							
	Vacuna bOPV (Poliomielitis)	3ª dosis																							
		4ª dosis																							
6	Pentavalente**	1ª dosis																							
		2ª dosis																							
		3ª dosis																							
	DPT (difteria, tétanos, tosferina)	4ª dosis																							
7	Vacuna SRP (sarampión, rubeola, parotiditis)	1ª dosis																							
		2ª dosis																							
8	Fiebre amarilla	Dosis única																							
9	Varicela	Dosis única																							
10	Influenza estacional pediátrica	1ª y 2ª dosis						Dos dosis con intervalos de 1 mes entre ellas (entre 6 y 11 meses)																	
11	Influenza estacional pediátrica*	1 dosis																							

Edad sugerida para la vacuna					
	Óptimo (tiempo ideal)		Oportuno (tiempo aceptable)		Fuera de tiempo no óptimo

* A partir de 1 año de edad se aplica una dosis anual.

** Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonía.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 5

Calendario de prestaciones de salud

Para niños y niñas de 2 a 5 años

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de que su niño o niña reciba las prestaciones.

		Meses					
Nº	Prestación	2 a 5 años		3 a 4 años		4 a 5 años	
		24 a 29 meses	30 a 35 meses	36 a 41 meses	42 a 47 meses	48 a 53 meses	54 a 60 meses
1	Control de la niña o niño sano	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses
2	Pesquisa de la enfermedad pediátrica	1 dosis		1 dosis		1 dosis hasta los 12 meses	
3	Tamizaje y vacunas	Si no se realizó la prueba de tamizaje y vacunas infantiles (TAV), puede hacerlo hasta los 5 años					
4	Tamizaje visual			36 meses		48 meses	60 meses
5	Tamizaje de cuidado de la niña			1 vez cada 6 meses			
6	Aplicación de hierro y zinc	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses
7	Suplementación de vitamina A	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses

Sección 6

NOTAS

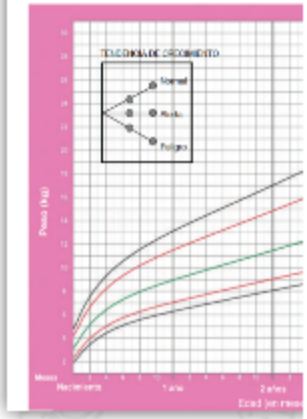
Para uso exclusivo de la madre y/o cuidador de la niña o niño

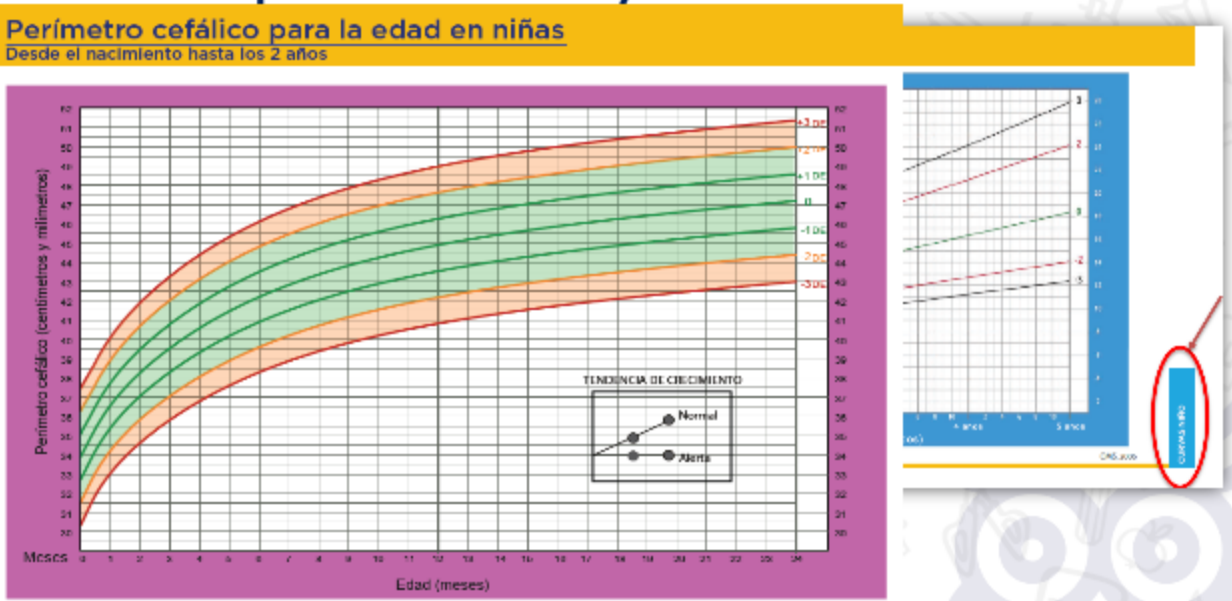
Inicio gateo a los 8 meses

Empezo a caminar a los 12 meses

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 7 -Curva de crecimiento: peso, longitud, IMC y perímetro cefálico para la edad niñas y niños





Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 7 -Curva de crecimiento: peso, longitud, IMC y perímetro cefálico para la edad niñas y niños

Longitud: Mide el tamaño de niños desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones) y se mide acostado, boca arriba (en cúbito supino). Esta medida se toma en niños de **cero a veinticuatro meses.**

Talla: Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones); en posición vertical (parado). La talla se toma en niños mayores a veinticuatro meses. En general, la talla es menor que la longitud en alrededor de 0,7 cm.

Perímetro cefálico: Desde el nacimiento hasta los 2 años se grafica.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 8

Control de crecimiento de la niña o el niño

De 0 a 11 meses de edad

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
Día	Mes	Año					Lact. exclusiva Sí	No	Otra leche Sí	No	Otros alimentos Sí	No	Micronutrientes en polvo	Vitamina A	

2-5 años: Un control cada 6 meses, y en caso de existir riesgos se realizarán cada 3 meses conjuntamente con una visita domiciliaria obligatoria

Los primeros ocho meses se evalúe una vez por mes; de ocho a 12 meses cada dos meses y desde del primer año al segundo año trimestralmente.

En recién nacidos sin riesgo el **primer control** se realizará entre el **tercer a quinto día** de vida o 48 a 72 horas después del alta del recién nacido, para detectar rápidamente problemas de lactancia e ictericia.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 8

Suplementación con Vitamina A

VITAMINA A. ESQUEMA UNIVERSAL (Preventivo)			
		Presentación	
Esquema	Vitamina A - MEGADOSIS	ml.	Gotas
2 meses a < 6 meses *	50.000 UI	0,3	6
6 meses a < 11 meses **	100.000 UI	0,6	12
12 meses a < 59 meses **	200.000 UI	1,2	24

*Dosis única a menores de 6 meses no lactantes, que no hayan recibido lactancia materna ni sucedáneos de la leche materna enriquecidos con vitamina A

A partir de los 6 meses iniciar el esquema preventivo según edad del niño cada 6 meses hasta los 59 meses de edad.

** Cada 6 meses.

-La mortalidad en niños y niñas reduce de un 19 a 23%, por sarampión y diarrea.
-Disminuye la incidencia, prevalencia y severidad de diarrea.
-Disminuye complicaciones graves de sarampión
-Mejora la respuesta inmune
-Reduce le tiempo de hospitalización en enfermedades.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 9

Evalúa el desarrollo psicomotriz y los aspectos que involucran en la coordinación en la movilidad y cuerpo en general, valora cuatro dimensiones a) Motricidad gruesa; b) Motricidad Fina; c) Lenguaje; d); Social - **Se recomienda una valoración mensual hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).**

Tamizaje auditivo: Se ha demostrado que, al aplicarse universalmente este tamizaje a neonatos, disminuye la edad de detección de la hipoacusia mejorando el pronóstico. **Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años**

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 10 Control del crecimiento y desarrollo del niño o la niña de 12 a 59 meses (1 a 5 años)

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 12 a 23 meses de edad (1 a 2 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
Día	Mes	Año					Lact. materna Sí	Lact. materna No	Otras leches Sí	Otras leches No	*Otros alimentos Sí	*Otros alimentos No	**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A	

* Con cada alimentación variada, suficiente y inocua, se refiere a cuatro grupos, alimentos de varios grupos (lácteos, huevos, verduras, cereales, carnes, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

** La normatividad suplementa hierro con hierro en polvo hasta que el niño o niña cumpla 24 meses (un sobre para niños de 6 a 23 meses, un sobre para niños de 24 a 59 meses).

*** La suplementación con vitamina "A" debe ser suministrada por un médico. Más adelante, la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

Sí ○ No ●

Camina y habla a los 14 meses de edad (aproximadamente)

Sí ○ No ●

Diferencia el día de la noche

Sí ○ No ●

Acepta comida sólida, semisólida y variada

Sí ○ No ●

● Alerta

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 11

Tamizaje

Anemia

Fecha Día Mes Año	Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal Si No	Tratamiento Si No	Observaciones

Nota: El diagnóstico de anemia en los niños y las niñas de 6 meses a 6 años se realiza con un valor de hemoglobina por debajo de 11 g/dl.

Ajuste de altitud para medir la concentración de hemoglobina

Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl	Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl
Menos de 1.000	-0,0		
1.000 - 1.499	-0,2	2.000 - 2.499	-1,9
1.500 - 1.999	-0,5	3.500 - 3.999	-2,7
2.000 - 2.499	-0,8	4.000 - 4.499	-3,5
2.500 - 2.999	-1,3	4.500 - 4.999	-4,5

Para conocer el nivel de hemoglobina de referencia, restar la cantidad siguiente al valor medido.

Ej.: una niño de 2 años que vive a 1500 metros sobre el nivel del mar cuya concentración de hemoglobina es 11 g/dl tiene una concentración de hemoglobina "real" de 11 - 0.5 = 10.5 g/dl, o sea, si no se realizaría el ajuste con relación a altitud, equivocadamente esta niño no sería diagnosticada con anemia.

Metros sobre el nivel del mar	Cantidad a restar a la concentración medida de Hg
<1000	0
1000-1499	0,2
1500-1999	0,5
2000-2499	0,8
2500-2999	1,3
3000-3499	1,9
3500-3999	2,7
4000-4499	3,5
4500-4999	4,5

Sección 12

Registro de vacunación
Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad/tiempo de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de los 24 horas							
HB cero (Hepatitis B)	1ª dosis	Dentro de las 24 horas							
**Rotavirus (Diarrea)	1ª dosis	2 meses							
	2ª dosis	4 meses							
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ª dosis	2 meses							
	2ª dosis	4 meses							
	3ª dosis	6 meses							
****IPV (Poliomielitis)	1ª dosis	2 meses							
	2ª dosis	4 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1ª dosis	6 meses							
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ª dosis	2 meses							
	2ª dosis	4 meses							
	3ª dosis	6 meses							

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.
**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 8 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.
****El intervalo entre IPV (1) y IPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación
Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad/tiempo de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1ª dosis	12 meses							
	2ª dosis	18 meses							
Fiebre amarilla	1ª dosis	12 meses							
Varicela	1ª dosis	18 meses							
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	Cuidado (1ª dosis de aparato DPT)	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1ª dosis (1ª dosis)	18 meses							

Aplicando de forma cautelosa se verifica y una vez vacunado se registra la vacuna administrada – Captación temprana.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 13

Esquema de captación tardía de vacunación

Niños y niñas hasta los 5 años de edad

Tipo de vacunas	Dosis	Edad de captación esquema incompleto	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
DPT (difteria, tétanos y tosferina)	1° dosis a la captación	1 a 5 años	30	10	24	24 m	504DPT02	Lic. luz Felix	C.S Cotocollao
	2° dosis a los dos meses de la captación								
	3° dosis a los seis meses de la segunda								
	4° dosis al año de la tercera	2 a 5 años							
HB Cero pediátrica (hepatitis B)	1° dosis a la captación								
	2° dosis al mes de la captación								
	3° dosis a los 6 meses de la segunda dosis								
IPV (poliomielitis)	1° dosis	1 a 5 años							
	2° dosis a los 2 meses de la primera								

Sección 14

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1° dosis	30	10	23	06	2356GR4	Lic. Luz Felix	C.S Cotocollao
		2° dosis (al mes de la primera)							
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis							
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Sección 15 Otras vacunas de 0 a 15 años y registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
Influenza	1	09 a	30	10	23	09 a	6987IF05	Lic. Luz Felix	C.S Cotocollao

Observaciones: .....

.....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5.ª dosis	5 años							
*DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)	30	10	23	09 a	258HPV23	Lic. Luz Felix	C.S Cotocollao
	2.ª dosis**								
dT adulto	3.er refuerzo	15 años							

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 16

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña según la edad

Lactancia materna

Aliméntelo únicamente con leche materna hasta los 6 meses de edad. No ofrezca otros alimentos ni líquidos, ni sólidos.

A partir de los 6 meses de edad continúe ofreciendo leche materna hasta los 2 años o más y complemente con otros alimentos.

La lactancia debe ser a libre demanda, cuando su hijo o hija lo desee, sin tiempos ni horarios. Si tiene dificultad para dar de lactar, acuda al establecimiento de salud para que le brinden asesoría a través de un profesional o en los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Sección 17

Señales de peligro

En el recién nacido durante el nacimiento o la etapa neonatal

Manejo de la Libreta Integral de Salud

CECOPRI
Centro de Educación Continua Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Sección 18

Asistencia a las sesiones educativas

Durante los primeros 24 meses

Recuerde: Consultar en el establecimiento de salud las fechas para recibir educación e importante información sobre lactancia materna, alimentación, control de salud de su hija o hijo, vacunas y suplementación.

- Fecha:.....
  Tema: Alimentación del lactante en periodo de enfermedad
- Fecha:.....
  Tema: Alimentación Complementaria y suplementación con micronutrientes
- Fecha:.....
  Tema: Extracción, almacenamiento y administración de la leche materna
- Fecha:.....
  Tema: Problemas comunes durante la lactancia materna
- Fecha: 16-10-2023
  Tema: Beneficios y técnicas de la lactancia materna
- Fecha: 01-10-2023
  Tema: Alimentación y estilos de vida saludable durante el embarazo y en periodo de lactancia

No olvide registrar todas las sesiones educativas.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Ana es una niña de 3 años que vive en una comunidad rural en Ecuador. En una visita de rutina al centro de salud, se detecta que Ana presenta síntomas de xeroftalmía, que incluye sequedad en los ojos y dificultad para ver en la oscuridad. Su madre comenta que Ana ha estado comiendo una dieta limitada, principalmente compuesta de arroz y frijoles, y rara vez consume alimentos ricos en vitamina A. ¿Cuál es la medida más adecuada para mejorar el estado de salud de Ana en relación con su deficiencia de vitamina A?

Respuestas:

a) Administrar un suplemento de vitamina A y monitorear su progreso, además de educar a la familia sobre la importancia de una dieta balanceada rica en vitamina A.

b) Recomendar que Ana aumente su consumo de arroz y frijoles, ya que son alimentos básicos en su dieta, y evitar el uso de suplementos para no alterar su dieta habitual.

c) Enviar a Ana a un especialista en oftalmología para que reciba tratamiento específico para sus ojos sin considerar el uso de suplementos de vitamina A.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Ana es una niña de 3 años que vive en una comunidad rural en Ecuador. En una visita de rutina al centro de salud, se detecta que Ana presenta síntomas de xeroftalmía, que incluye sequedad en los ojos y dificultad para ver en la oscuridad. Su madre comenta que Ana ha estado comiendo una dieta limitada, principalmente compuesta de arroz y frijoles, y rara vez consume alimentos ricos en vitamina A. ¿Cuál es la medida más adecuada para mejorar el estado de salud de Ana en relación con su deficiencia de vitamina A?

Respuestas:

a) Administrar un suplemento de vitamina A y monitorear su progreso, además de educar a la familia sobre la importancia de una dieta balanceada rica en vitamina A.

b) Recomendar que Ana aumente su consumo de arroz y frijoles, ya que son alimentos básicos en su dieta, y evitar el uso de suplementos para no alterar su dieta habitual.

c) Enviar a Ana a un especialista en oftalmología para que reciba tratamiento específico para sus ojos sin considerar el uso de suplementos de vitamina A.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

La **administración de un suplemento de vitamina A** es crucial en este caso para abordar la deficiencia inmediata de la vitamina, que está causando síntomas de xeroftalmía en Ana. La xeroftalmía es una manifestación clínica de deficiencia severa de vitamina A y puede llevar a ceguera si no se trata adecuadamente.

Aunque el arroz y los frijoles son alimentos nutritivos, no son ricos en vitamina A. Depender únicamente de estos alimentos no resolverá la deficiencia de vitamina A de Ana. Además, dado que Ana ya muestra síntomas clínicos de deficiencia.

Si bien un especialista en oftalmología puede tratar los síntomas oculares específicos, no abordar la causa subyacente de la deficiencia de vitamina A dejaría a Ana en riesgo de sufrir más problemas de salud relacionados con la deficiencia de esta vitamina. La xeroftalmía es un signo de deficiencia nutricional

Manejo de la Libreta Integral de Salud

¿Cuántos controles debe asistir la mujer gestante durante su gestación?

Respuestas:

a) 3 controles mínimos

b) 4 controles mínimos

c) 5 controles mínimos

Manejo de la Libreta Integral de Salud

¿Cuántos controles debe asistir la mujer gestante durante su gestación?

Respuestas:

a) 3 controles mínimos

b) 4 controles mínimos

c) 5 controles mínimos

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Una señora acude al centro de salud con su hijo de 10 m 15 días de edad, por control de niño sano, sus signos vitales son: temperatura 37.3 ºC; frecuencia cardiaca: 120/min; presión arterial; 90/62 mmHg; frecuencia respiratoria 40/min, al observar el carnet de vacunación, verifica que tiene administrada las siguientes vacunas: pentavalente 3 dosis, Polio 0 dosis, Neumococo 3 dosis y Rotavirus 2 dosis. ¿Qué acción de enfermería aplicaría en este caso?

Respuestas:

- Administrar la 1° dosis de fIPV.
- Administrar la dosis completa de 0,5ml de fIPV IM.
- Administrar la 1° dosis de bOPV.
- Administrar la 1° dosis de bOPV y la 2°a las 2 semanas.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Una señora acude al centro de salud con su hijo de 10 m 15 días de edad, por control de niño sano, sus signos vitales son: temperatura 37.3 ºC; frecuencia cardiaca: 120/min; presión arterial; 90/62 mmHg; frecuencia respiratoria 40/min, al observar el carnet de vacunación, verifica que tiene administrada las siguientes vacunas: pentavalente 3 dosis, Polio 0 dosis, Neumococo 3 dosis y Rotavirus 2 dosis. ¿Qué acción de enfermería aplicaría en este caso?

Respuestas:

- Administrar la 1º dosis de fIPV.

- Administrar la dosis completa de 0,5ml de fIPV IM.
- Administrar la 1° dosis de bOPV.
- Administrar la 1° dosis de bOPV y la 2°a las 2 semanas.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Mujer lleva a la unidad de salud por control de niño sano a su hijo de 11 meses, luego de la revisión médica, el profesional encuentra que el niño está bajo de peso para la edad y solo ha recibido las vacunas de los 2 meses, por lo tanto, remite a la madre al vacunatorio. El profesional de enfermería revisa el carné y corrobora lo reportado por el médico. ¿Qué intervención de enfermería corresponde?

Respuestas:

- Aplicar 2da. dosis de: fIPV, neumococo y pentavalente.
- Aplicar 2da. dosis de: neumococo y pentavalente.
- Aplicar 2da. dosis de: Rotavirus, fIPV, neumococo y pentavalente.
- Aplicar 2da. dosis de: bOPV, neumococo y pentavalente.

Manejo de la Libreta Integral de Salud

Mujer lleva a la unidad de salud por control de niño sano a su hijo de 11 meses, luego de la revisión médica, el profesional encuentra que el niño está bajo de peso para la edad y solo ha recibido las vacunas de los 2 meses, por lo tanto, remite a la madre al vacunatorio. El profesional de enfermería revisa el carné y corrobora lo reportado por el médico. ¿Qué intervención de enfermería corresponde?

Respuestas:

- Aplicar 2da. dosis de: fIPV, neumococo y pentavalente.

- Aplicar 2da. dosis de: neumococo y pentavalente.
- Aplicar 2da. dosis de: Rotavirus, fIPV, neumococo y pentavalente.
- Aplicar 2da. dosis de: bOPV, neumococo y pentavalente.

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Un teratógeno es cualquier factor medioambiental que pueda **producir anomalías permanentes en la estructura o función del embrión o el feto, restricción de su crecimiento o su muerte.** Estos factores incluyen medicamentos, drogas, sustancias químicas y las condiciones o enfermedades maternas, incluyendo las infecciones

El riesgo cero no existe. Siempre hay un riesgo basal o poblacional de que el embrión/feto presente algún defecto congénito

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Consideraciones Generales

No existe una barrera fisiológica protectora entre el medio materno y el fetal. La mayoría de los medicamentos atraviesan la placenta.

El momento gestacional en el que se produce la exposición al fármaco condiciona el patrón y tipo de malformación. La valoración beneficio-riesgo debe extenderse a todo el embarazo y no sólo al primer trimestre.

La absorción y acción de un fármaco puede ser diferente en función de la vía de administración: la sistémica puede aumentar el riesgo de teratogenia, mientras que la tópica podría no hacerlo.

– Utilizar la menor dosis eficaz y durante el menor tiempo posible.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS (PPE)

Conjunto de intervenciones destinadas a minimizar el riesgo de embarazo durante el tratamiento con un fármaco con efectos teratogénicos conocidos o potenciales.

Garantizar que las mujeres no estén embarazadas cuando inicien la terapia y no queden embarazadas durante el curso y en algunos casos también, poco después de suspender el tratamiento.

Combina el uso de herramientas educativas con intervenciones para controlar el acceso al medicamento

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Fármacos con efectos teratogénicos

Fármaco	Efectos teratogénicos	Consideraciones específicas
Retinoides orales (acitretina, alitretinoína e isotretinoína)[8,9]	Anomalías del sistema nervioso central (hidrocefalia, malformación/anomalía cerebelosa, microcefalia), dismorfia facial, hendidura palatina, anomalías del oído externo (ausencia de oído externo, canales auditivos externos pequeños o inexistentes), anomalías oculares (microftalmia), anomalías cardiovasculares (malformaciones conotruncales, tales como tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos y defectos del tabique), alteraciones del timo y de las glándulas paratiroideas. Aumento del número de abortos espontáneos. Aunque el uso de retinoides tópicos no se ha asociado con la aparición de malformaciones fetales, no se recomienda su uso durante el embarazo ni en mujeres que lo estén planificando.	Alitretinoína e isotretinoína: realizar controles para comprobar la ausencia de embarazo hasta un mes después de la finalización del tratamiento. Acitretina: comprobar la ausencia de embarazo cada 1-3 meses durante los tres años posteriores a la finalización del tratamiento. Las mujeres en edad reproductiva no deben consumir alcohol durante el tratamiento con acitretina ni durante los dos meses posteriores a haber finalizado el tratamiento ya que puede formarse etretinato, que es altamente teratógeno.
Valproato[10]	Malformaciones congénitas en aproximadamente el 10% de los casos: defectos del tubo neural, dismorfia facial, paladar hendido y labio leporino, craneosinostosis, defectos cardíacos, renales y urogenitales, defectos en las extremidades (incluyendo aplasia bilateral del radio) y anomalías múltiples con afectación de varios órganos y sistemas. Trastornos en el desarrollo neurocognitivo hasta en el 40% de los casos: trastorno en el desarrollo temprano, como retraso al caminar y hablar, problemas de memoria, dificultad en el habla y el lenguaje y menor cociente intelectual. Puede existir un incremento del riesgo de presentar autismo infantil, de otros trastornos del espectro autista y de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	Necesidad de una revisión regular (al menos anualmente) del tratamiento por un especialista con experiencia en el manejo de la epilepsia.

CECOPRI
Centro de Educación Continua
Pri-Learning

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

CACES
Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Fármacos con efectos teratogénicos

Talidomida (UH), Lenalidomida (UH), Pomalidomida (UH)[6]	Talidomida: frecuencia de efectos adversos: 30%. Ectromelia (amelia, focomelia, hemimelia) de las extremidades superiores y/o inferiores, microtia con anomalías del oído externo (anotia o microtia), lesiones del oído medio e interno (menos frecuentes), lesiones oculares (anoftalmia, microftalmia), enfermedad cardíaca congénita o anomalías renales. La lenalidomida y la pomalidomida están relacionadas estructuralmente con la talidomida, por lo que es esperable que tengan efectos teratogénicos similares.	No utilizar anticonceptivos orales combinados por el mayor riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes con mieloma múltiple. Realizar controles para comprobar la ausencia de embarazo cuatro semanas antes de iniciar el tratamiento y hasta un mes después de la finalización del tratamiento. Varones en tratamiento: utilizar preservativo durante todo el tratamiento y hasta 7 días después de su finalización, incluyendo los periodos con interrupción de dosis (también los vasectomizados).
Vismodegib (DH. Dispensación ambulatoria hospitalaria)[8]	Teratógeno en animales. Puede provocar graves malformaciones, incluyendo anomalías craneofaciales, defectos en la línea media y en las extremidades.	Evitar el embarazo hasta 24 meses después de la finalización el tratamiento. Varones en tratamiento: utilizar preservativo (preferiblemente con espermicida) durante todo el tratamiento y los 2 meses posteriores a la administración de la última dosis (también los vasectomizados).

UH: Uso Hospitalario; DH: Diagnóstico Hospitalario

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos contraindicados en el primer trimestre o durante todo el embarazo

Sólo se deben utilizar en mujeres en edad reproductiva una vez descartado el embarazo y tras constatar que se están utilizando métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
Derivados cumarínicos (acenocumarol, warfarina)[8]	Se ha descrito hipoplasia nasal grave, condrodisplasia punctata, atrofia óptica, microcefalia y retraso mental y del crecimiento.	Alternativa: heparina, especialmente durante el primer trimestre.
Metotrexato[8,13]	Restricción del crecimiento intrauterino, anomalías craneofaciales, cardiovasculares, del sistema nervioso central y relacionadas con las extremidades. También se ha descrito ocasionalmente retraso mental. Aumento de abortos espontáneos (42,5 % de los casos).	En mujeres en edad reproductiva: utilizar medidas anticonceptivas eficaces hasta 6 meses después de la finalización del tratamiento. En varones en tratamiento: utilizar medidas anticonceptivas durante el tratamiento y hasta 6 meses después de la finalización del mismo. Se recomienda que sus parejas femeninas también tomen medidas anticonceptivas eficaces durante el mismo periodo.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos contraindicados en el primer trimestre o durante todo el embarazo

Sólo se deben utilizar en mujeres en edad reproductiva una vez descartado el embarazo y tras constatar que se están utilizando métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
Leflunomida[8,13]	Teratógeno en animales. Se sospecha que el metabolito activo de la leflunomida, el A771726, provoca graves defectos neonatales si se administra durante el embarazo.	En mujeres en edad reproductiva: utilizar medidas anticonceptivas eficaces hasta 2 años después de la finalización del tratamiento para asegurar que los niveles del metabolito A771726 sean inferiores a0,02 mg/l o acortar ese periodo realizando un procedimiento de lavado con colestiramina o carbón activado. En varones en tratamiento: utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento. En caso de desear un embarazo, realizar el mismo procedimiento de lavado que en mujeres para asegurar que los niveles del metabolito A771726 son inferiores a 0,02 mg/l. Se recomienda que sus parejas femeninas también tomen medidas anticonceptivas eficaces durante el mismo periodo.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos contraindicados en el primer trimestre o durante todo el embarazo

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
Micofenolato de mofetilo y micofenolato sódico[14]	Malformaciones congénitas en alrededor del 25% de los casos: faciales (p. ej. labio leporino, paladar hendido, micrognatia, hipertelorismo), oculares (p. ej. coloboma), óticas (p. ej. atresia del conducto auditivo externo), traqueo-esofágicas (p. ej. atresia de esófago), digitales (p. ej, polidactilia, sindactilia), renales, cardiacas (p. ej. defectos de los septos auriculares y ventriculares) y del sistema nervioso (p. ej. espina bífida). Abortos espontáneos en alrededor del 50% de los casos.	En mujeres en edad reproductiva: utilizar medidas anticonceptivas eficaces hasta 6 semanas después de la finalización del tratamiento. En varones en tratamiento: utilizar preservativo durante y hasta 90 días después de la finalización del tratamiento (incluidos aquellos sometidos a una vasectomía). Se recomienda que sus parejas femeninas también tomen medidas anticonceptivas eficaces durante el mismo periodo.
Ciclofosfamida oral[8,15]	Uso en el primer trimestre: retraso en el crecimiento fetal y efectos fetotóxicos (leucopenia, anemia, pancitopenia, hipoplasia de médula ósea grave y gastroenteritis). Defectos en el esqueleto y malformaciones de las extremidades y los ojos. Abortos espontáneos. Su uso durante el segundo y tercer trimestre de embarazo puede estar asociado a pancitopenia y retraso en el crecimiento fetal.	En mujeres en edad reproductiva: utilizar medidas anticonceptivas eficaces hasta 12 meses después de la finalización del tratamiento. En varones en tratamiento: utilizar medidas anticonceptivas durante el tratamiento y hasta 6 meses después de la finalización del mismo.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos contraindicados en el primer trimestre o durante todo el embarazo

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
Misoprostol (comercializado en monoterapia y en asociación con AINE)[8]	Síndrome de Moebius (parálisis facial congénita que conduce a hipomimia, dificultades de succión y deglución y movimientos oculares, con o sin malformaciones en las extremidades); síndrome de bridas amnióticas (deformidades/amputaciones de las extremidades, especialmente pie zambo, acheiria, oligodactilia, paladar hendido, entre otros) y anomalías del sistema nervioso central (anomalías cerebrales y craneales como anencefalia, hidrocefalia, hipoplasia cerebelosa, defectos del tubo neural). Riesgo de aborto espontáneo.	
Tiocolchicósido (comercializado en asociación con paracetamol)[8,16]	Riesgo de sufrir aborto, parto prematuro, muerte del neonato o desarrollo de malformaciones congénitas.	
Ondansetrón*[8,17]	Uso en el primer trimestre: existe un ligero aumento de riesgo de defectos de cierre orofaciales (3 casos adicionales de hendiduras bucales por 10.000 mujeres tratadas).	No debe utilizarse durante el primer trimestre de embarazo.

Fármacos contraindicados en el primer trimestre o durante todo el embarazo

El litio, el carbimazol y su metabolito activo tiamazol (metimazol), y algunos antiepilépticos como la carbamazepina, el fenobarbital y el topiramato (contraindicado en embarazo para el tratamiento de la migraña) son fármacos que, debido a las enfermedades que tratan y en ausencia de alternativas terapéuticas, podrían ser utilizados durante el embarazo tras una estricta valoración beneficio-riesgo individualizada.

En estos casos, además de utilizar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento, se aconseja seguir las recomendaciones generales: usar estos medicamentos en monoterapia y a la menor dosis efectiva, informar a la paciente de los **riesgos para el feto** y realizar una estrecha vigilancia materna, fetal y neonatal.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos con efectos fetotóxicos

Desde el inicio del tercer mes de embarazo comienza la vida fetal. Ciertos medicamentos están específicamente contraindicados durante este periodo debido a los efectos fetales o neonatales severos que provocan y a la existencia de alternativas terapéuticas.

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
AINE (incluidos los Coxib) sistémicos[8,13,15]	Tercer trimestre: cierre prematuro del ductus arterioso, hipertensión pulmonar permanente y disfunción renal. Primer y segundo trimestre: aumento del riesgo de aborto espontáneo. Casos de malformaciones cardiacas y gastrosquisis.	Contraindicados en el tercer trimestre. No se recomienda su uso en el primer y segundo trimestre. En ausencia de alternativas: utilizar la menor dosis durante el menor tiempo posible en el primer y segundo trimestre de embarazo.
IECA y ARAII[6,8,21]	Segundo y tercer trimestre: descenso de la función renal, oligohidramnios, retraso en la osificación del cráneo. En recién nacidos insuficiencia renal, hipotensión e hiperpotasemia. Riesgo potencial de malformaciones cardiacas si se usan durante el primer trimestre.	Contraindicados en el segundo y tercer trimestre. No se recomienda su uso en el primer trimestre. En caso de embarazo, iniciar un tratamiento con labetalol o metildopa, o alternativamente, nifedipino.

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

Benazepril (Lotensin).
Captopril.
Enalapril (Vasotec).
Fosinopril.
Lisinopril (Zestril).
Moexipril.
Perindopril.
Quinapril.
Ramipril (Altace).
Trandolapril.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos con efectos fetotóxicos

Desde el inicio del tercer mes de embarazo comienza la vida fetal. Ciertos medicamentos están específicamente contraindicados durante este periodo debido a los efectos fetales o neonatales severos que provocan y a la existencia de alternativas terapéuticas.

Fármaco	Efectos adversos	Recomendaciones
AINE (incluidos los Coxib) sistémicos[8,13,15]	Tercer trimestre: cierre prematuro del ductus arterioso, hipertensión pulmonar permanente y disfunción renal. Primer y segundo trimestre: aumento del riesgo de aborto espontáneo. Casos de malformaciones cardiacas y gastrosquisis.	Contraindicados en el tercer trimestre. No se recomienda su uso en el primer y segundo trimestre. En ausencia de alternativas: utilizar la menor dosis durante el menor tiempo posible en el primer y segundo trimestre de embarazo.
IECA y ARAII [6,8,21]	Segundo y tercer trimestre: descenso de la función renal, oligohidramnios, retraso en la osificación del cráneo. En recién nacidos insuficiencia renal, hipotensión e hiperpotasemia. Riesgo potencial de malformaciones cardiacas si se usan durante el primer trimestre.	Contraindicados en el segundo y tercer trimestre. No se recomienda su uso en el primer trimestre. En caso de embarazo, iniciar un tratamiento con labetalol o metildopa, o alternativamente, nifedipino.

IRAII antagonistas de los receptores de la angiotensina 2

- Azilsartán (Edarbi).
- Candesartán (Atacand).
- Irbesartán (Avapro).
- Losartán (Cozaar).
- Olmesartán (Benicar).
- Telmisartán (Micardis).
- Valsartán (Diovan).

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Fármacos con efectos fetotóxicos

Entre los antiepilépticos usados en monoterapia, el **valproato se asocia con tasas muy altas** de malformaciones, **la fenitoína y el fenobarbital con tasas altas** y la **carbamazepina, el topiramato y la zonisamida con tasas moderadas**.

La lamotrigina, el levetiracetam y la oxcarbazepina tienen las tasas más bajas, similares a las de la población general.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

María, una mujer de 28 años, está en su primer trimestre de embarazo y acude a su consulta prenatal. Durante la entrevista, menciona que ha estado tomando un medicamento para la acné severo recetado por su dermatólogo antes de saber que estaba embarazada. Al revisar el historial médico y los medicamentos actuales, el médico se da cuenta de que el medicamento es **isotretinoína**. ¿Cuál es la medida más adecuada para abordar la situación de María en relación con la exposición a un teratógeno durante el embarazo?

Respuestas:

a) Interrumpir inmediatamente el uso de isotretinoína y remitir a María a un especialista en medicina materno-fetal para una evaluación detallada y monitoreo del desarrollo fetal.

b) Continuar con el uso de isotretinoína ya que el daño potencial ya está hecho y centrarse en otras áreas del cuidado prenatal.

c) Recomendar a María que observe cualquier síntoma en su embarazo y evite preocupaciones innecesarias, ya que no todos los bebés expuestos a teratógenos desarrollan problemas.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

María, una mujer de 28 años, está en su primer trimestre de embarazo y acude a su consulta prenatal. Durante la entrevista, menciona que ha estado tomando un medicamento para la acné severo recetado por su dermatólogo antes de saber que estaba embarazada. Al revisar el historial médico y los medicamentos actuales, el médico se da cuenta de que el medicamento es **isotretinoína**. ¿Cuál es la medida más adecuada para abordar la situación de María en relación con la exposición a un teratógeno durante el embarazo?

Respuestas:

a) **Interrumpir inmediatamente el uso de isotretinoína y remitir a María a un especialista en medicina materno-fetal para una evaluación detallada y monitoreo del desarrollo fetal.**

b) Continuar con el uso de isotretinoína ya que el daño potencial ya está hecho y centrarse en otras áreas del cuidado prenatal.

c) Recomendar a María que observe cualquier síntoma en su embarazo y evite preocupaciones innecesarias, ya que no todos los bebés expuestos a teratógenos desarrollan problemas.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

La isotretinoína es un conocido teratógeno que puede causar graves malformaciones congénitas si se toma durante el embarazo. La medida más adecuada es interrumpir inmediatamente su uso para evitar cualquier exposición adicional. Remitir a María a un especialista en medicina materno-fetal es crucial para realizar una evaluación detallada del desarrollo fetal y proporcionar el seguimiento necesario.

Aunque no todos los bebés expuestos a teratógenos desarrollan problemas, la isotretinoína tiene un alto riesgo de causar malformaciones congénitas. Simplemente observar los síntomas sin una evaluación especializada no es suficiente.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

¿Cuáles son algunas de las razones por las que ciertos medicamentos están contraindicados durante el embarazo?

Respuestas:

a) Pueden causar alergias leves.
b) Pueden atravesar la placenta y afectar el desarrollo del feto.
c) Pueden causar náuseas y vómitos en la madre.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

¿Cuáles son algunas de las razones por las que ciertos medicamentos están contraindicados durante el embarazo?

Respuestas:

a) Pueden causar alergias leves.

b) Pueden atravesar la placenta y afectar el desarrollo del feto.

c) Pueden causar náuseas y vómitos en la madre.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Los medicamentos pueden atravesar la placenta y afectar el desarrollo del feto, causando malformaciones congénitas, retraso en el crecimiento, o problemas en el desarrollo de órganos.

Aunque algunos medicamentos pueden causar alergias, esto no es la razón principal por la que se contraindican durante el embarazo. Las alergias leves no suelen tener un impacto significativo en el desarrollo fetal.

Náuseas y vómitos son efectos secundarios comunes de muchos medicamentos, pero no son la razón principal por la que un medicamento se contraindicaría durante el embarazo, ya que estos efectos no afectan directamente al feto.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

María, de 28 años, está en su segundo trimestre de embarazo. Ha acudido a su médico de cabecera por dolor de cabeza persistente. El médico está considerando prescribirle un medicamento para aliviar el dolor, pero antes de hacerlo, debe tener en cuenta las posibles contraindicaciones durante el embarazo. ¿Cuál de las siguientes razones sería la más importante para que el médico evite prescribir ciertos medicamentos a María durante su embarazo?

Respuestas:

a) Pueden alterar el sueño de la madre, afectando su bienestar general.
b) Pueden pasar a través de la leche materna y causar problemas en el bebé.
c) Pueden causar malformaciones congénitas o problemas en el desarrollo fetal.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

María, de 28 años, está en su segundo trimestre de embarazo. Ha acudido a su médico de cabecera por dolor de cabeza persistente. El médico está considerando prescribirle un medicamento para aliviar el dolor, pero antes de hacerlo, debe tener en cuenta las posibles contraindicaciones durante el embarazo. ¿Cuál de las siguientes razones sería la más importante para que el médico evite prescribir ciertos medicamentos a María durante su embarazo?

Respuestas:

a) Pueden alterar el sueño de la madre, afectando su bienestar general.

b) Pueden pasar a través de la leche materna y causar problemas en el bebé.

c) Pueden causar malformaciones congénitas o problemas en el desarrollo fetal.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Los medicamentos que pueden causar malformaciones congénitas o problemas en el desarrollo fetal son especialmente preocupantes durante el embarazo, ya que el feto es muy sensible a las sustancias teratogénicas.

Aunque alterar el sueño de la madre puede afectar su bienestar, esto no es una razón de peso suficiente para contraindicar un medicamento durante el embarazo.

La transferencia de medicamentos a través de la leche materna es una preocupación válida, pero esto es más relevante durante la lactancia, no durante el embarazo.

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Ana, de 30 años, está en su segundo trimestre de embarazo y ha sido diagnosticada con hipertensión severa. Su médico está considerando varias opciones de tratamiento y está pensando en prescribirle enalapril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).¿Cuál es principal efecto feto toxico a considerar en el embarazo de Ana?

Respuestas

a) Puede causar fatiga extrema en la madre.
b) Descenso de la función renal, oligohidramnios
c) Efectos limitados, sin mal formación

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

Ana, de 30 años, está en su segundo trimestre de embarazo y ha sido diagnosticada con hipertensión severa. Su médico está considerando varias opciones de tratamiento y está pensando en prescribirle enalapril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).¿Cuál es principal efecto feto toxico a considerar en el embarazo de Ana?

Respuestas

a) Puede causar fatiga extrema en la madre.

b) Descenso de la función renal, oligohidramnios

c) Efectos limitados, sin mal formación

Farmaconocividad y teratogenicidad en el embarazo

El inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) presenta efectos con mas riesgo durante el segundo y tercer trimestre de embarazo con descenso de la función renal, oligohidramnios, retraso en la osificación del cráneo.

Las mal formaciones son potenciales entre ella se encuentra malformaciones cardiacas si se usan durante el primer trimestre